



### Información médica/emergencia estudiantil

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Aula/Sec: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Los contactos de emergencia (aparte de los padres) deben ser locales y estar disponibles para contactar:

Nombre y relación con el niño Teléfono

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Médico/Clinica Infantil:

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro Médico: MA \_\_\_ CHIP \_\_\_ Privado \_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación indica que entiendo las políticas y doy mi consentimiento para:

La atención médica y/o dental de emergencia, incluida la administración de medicamentos de emergencia, que puedan ser necesarios para preservar la vida de mi hijo o para prevenir el deterioro de su salud en caso de que el tiempo no permita obtener mi consentimiento personal para dicha atención. Entiendo que me contactarán lo antes posible y asumiré la responsabilidad de dar permiso para la atención continua.

Por favor, marque a continuación para dar permiso a la enfermera de la escuela para que le dé medicamentos a su hijo.

Acetaminofén (Tylenol)	Sí	No	
Ibuprofeno (Motrin)	sí	No	

Lleva: Gafas Audífono  
 Tiene: Convulsiones Diabetes Asma TDAH

Otros problemas de salud:

Enumere las alergias: la sustitución de alimentos requiere una nueva orden anual de un proveedor de atención médica:

¿Su hijo toma medicamentos? NO SÍ (por favor enumere)

Medicamento	Dosis	Frecuencia/Tiempo	Razón

Su firma otorga permiso para tratamiento de emergencia; así como para que las Enfermeras Escolares del SDP administren los medicamentos que usted indique en este formulario de emergencia, durante el horario escolar, en excursiones y actividades extraescolares. Autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor de atención médica de mi hijo y a mi proveedor de atención médica para responder según sea necesario sobre la atención de mi hijo.



THE SCHOOL DISTRICT OF  
 PHILADELPHIA

Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Revisada S-865 (06/2019)

OPCIONAL

Uso de protector solar tópico sin aerosol en la escuela

Los padres/tutores pueden optar por proporcionarle a su hijo protector solar tópico sin aerosol, si está aprobado por los EE. UU. Administración de Alimentos y Medicamentos. Para que un estudiante pueda aplicarse protector solar durante el horario escolar, en una actividad patrocinada por la escuela o mientras está bajo la supervisión del personal de la escuela, el padre/tutor debe completar las declaraciones a continuación.

Certificación del padre/tutor

- Al firmar a continuación, usted confirma que comprende que la escuela no es responsable de garantizar que el protector solar sea aplicado por el estudiante.
- Al firmar a continuación, usted confirma que el estudiante ha demostrado que puede autoaplicarse el protector solar.

Firma del padre/tutor: Fecha: \_\_\_\_\_

La escuela puede cancelar o restringir la posesión, aplicación o uso de un producto de protección solar tópico que no sea en aerosol por parte de un estudiante si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- El estudiante no cumple con las reglas escolares relacionadas con la posesión, aplicación o uso de productos que no son en aerosol.  
Producto de protección solar tópico.
- El estudiante muestra falta de voluntad o incapacidad para proteger el producto de protección solar tópico que no sea en aerosol del acceso de otros estudiantes.

Si una escuela cancela o restringe la posesión, aplicación o uso de un producto de protección solar tópico que no sea en aerosol por parte de un estudiante, la escuela deberá notificar por escrito la cancelación o restricción al padre/tutor del estudiante.